提携医療機関制度　相談申込書

記入日　年　月　日

千葉大学病院の提携医療機関制度に関して相談を希望します。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 連絡先（電話） |  |
| 連絡先（Eメール） |  |
| 窓口担当者 |  |

|  |
| --- |
| 提携したい内容（具体的な内容があれば記載してください） |

|  |
| --- |
| 提携制度に関して相談したい事 |

FAX送付してください。

FAX：043-226-2739（患者支援部直通）

TEL：043-222-7171（内線6667）